Zur

Anwendung des Murphyknopfes

bei der

Gastroenterostomia retrocolica posterior.

Von

Dr. **Franz Fesenmeyer.**

Berlin 1912.
Druck von L. Schumacher, N. 4.

Aus der chirurgischen Station des Krankenhauses Forst bei Aachen.
(Oberarzt: Dr. Longard.)

Zur

Anwendung des Murphyknopfes

bei der

Gastroenterostomia retrocolica posterior.

(Bericht über 81 Fälle aus den Jahren 1902—1912.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

vorgelegt von

Franz Fesenmeyer
aus Schleiden i. d. Eifel.

Berlin 1912.
Druck von L. Schumacher, N. 4.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Referent:
Geh. Rath Prof. Dr. Ritter v. Angerer.

Sonderabdruck aus dem Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 100. Heft 2.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548309_0067

Die Verwendung des Murphyknopfes, dieser echt amerikanisch-praktischem Geiste entsprungenen Erfindung, bei der Gastroenterostomie reicht zurück bis in die erste Zeit der Knopfanastomose überhaupt. Gegen Ende des Jahres 1892 hatte der Chicagoer Chirurg J. B. Murphy die neue Methode der Anastomosenbildung im Bereiche des Magendarmtractus der medicinischen Welt übergeben, und bereits am 8. April 1893 veröffentlicht Pengier in Amiens eine mit gutem Erfolge durchgeführte Pylorusresection und Gastroenterostomie mit Benutzung des Murphyknopfes (1). Ueberhaupt sind es in der ersten Zeit hauptsächlich französische Autoren, in deren Händen die Knopfanastomose ernstliche Würdigung findet, und zwar vornehmlich bei der Anlegung der Magendarmanastomose. Terrier weiss 1895 von der guten Function einer Murphy-Magendarmanastomose zu berichten. In einer kritischen Studie legt Chaput (2), der sich auch in Versuchen an der Leiche eingehend mit der Zweckmässigkeitsfrage der Knopfanastomose beschäftigt hatte, seine Erfahrungen über den Werth des Murphyknopfes dar.

Bei uns in Deutschland hat sich vor Allem die Heidelberger Klinik mit der Frage des Murphyknopfes zuerst befasst. Marwedel (3) suchte Erfahrungen zu sammeln durch Experimente an Hunden, die ihn zu dem Ergebniss führten, dass er den Knopf nur dann anwenden will, wenn es auf schnelle Beendigung der Operation ankommt. Czerny, der auf der 25. Versammlung der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft 1896 der Brauchbarkeit der Knopfanastomose ein sehr gutes Zeugniss ausgestellt hatte, erhob

sogar für die Folgezeit die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Murphyknopf zu seinem Normalverfahren, indem er noch besonders betonte, dass die Knopfanastomose im Gegensatz zur Nahtmethode weniger zu secundärer Schrumpfung der Oeffnung zu neigen scheine (4).

Die Resultate der Gastroenterostomie mit Murphy an der Heidelberger Klinik bespricht Steudel (5) 1898 und 1899. Den bis dahin angeführten 53 G.-E. mit M.-K. mit 24,5 pCt. Mortalität stellt er 57 Nahtanastomosen mit 36,8 pCt. Mortalität gegenüber. Todesfälle, die der Benutzung des Knopfes zuzuschreiben wären, sind nicht festgestellt worden. Bei Sectionen fand sich der Knopf nie im Mageninnern. Störungen der Function der neuen Oeffnung wurden nur sehr selten gesehen. Unter den letzten 65 G.-E. kam nur einmal ein reiner Fall von Regurgitation zur Beobachtung. Dieser war nach Wölfler operirt, während bei der Modification nach v. Hacker ein Circulus vitiosus niemals aufgetreten war.

Der Klarlegung der Bedingungen für die beste Function einer G.-E. gilt die gründliche Arbeit von Walther Petersen (6), eine anatomisch-chirurgische Studie, die den Verfasser zu dem Ergebniss bringt, dass die Ausführung der G.-E. nach v. Hacker mit M.-K. die beste Gewähr leistet für eine verlässliche Function der Anastomose. Als Beleg führt er an, dass in 215 nach dieser Methode behandelten Fällen niemals ernstliche Regurgitation auftrat, während bei 19 nach Wölfler mit M.-K. operirten Patienten 3mal ein ernstlicher Circulus vitiosus beobachtet wurde. Die Combination der Hacker'schen Methode mit der Murphyschen Technik ist also wesentlich.

In dieser Form findet die Operation auch bei den Italienern Carle und Fantino (Turin) wärmste Fürsprache. Besondere Beachtung schenkt Carle (7) in seiner Publication den Erfolgen bei gutartiger Stenose, deren er 23 Fälle in 2 Jahren der Heilung zugeführt hat. Dass er bei Autopsien — im Gegensatz zur Heidelberger Klinik — den Knopf mehrfach im Magen vorfand, kann wohl an kleinen Verschiedenheiten der Technik oder an der Construction des Knopfes gelegen sein; jedenfalls hat er durch den Knopf hervorgerufene Störungen niemals bemerkt.

Seit Czerny's Empfehlung kam auch an der Breslauer Klinik die Knopfanastomose langsam in Gebrauch. Die dortigen Er-

fahrungen, die von Chlumski (8 u. 9) mitgetheilt werden, sind hinsichtlich der Mortalität erheblich weniger günstig, als die Ergebnisse der Heidelberger Klinik. Während in Mikulicz' Klinik von 53 G.-E. mit M.-K. 17 (32,75 pCt.) starben, verlor Czerny von 53 nur 13 (24,5 pCt.). Chlumski selbst hält es für möglich, dass der Grund zu der schlechten Breslauer Statistik in der bei allen Fällen angewandten Combination von Knopfmethode und Wölfler'scher Technik zu suchen sei, während die Heidelberger ja mit besonderer Betonung stets das v. Hacker'sche Verfahren mit der Knopfanastomose verbanden.

Chlumski bespricht auch in seiner Arbeit vom Jahre 1898 die Vor- und Nachtheile der Knopfmethode. Seine Gegenüberstellung deckt sich ungefähr mit den Ausführungen von Petersen und Macholl (10), denen ich Folgendes entnehme:

Vorzüge der Murphyknopfanastomose:

1. Schnelligkeit des Anlegens (Abkürzung der Operation um 10 bis 15 Minuten),
2. Sicherheit des Abschlusses,
3. Erleichterung der Asepsis, da Magen und Darm nur kurze Zeit offen bleiben,
4. Sicherheit der Function der Anastomose, da der Knopf einen wirksamen Schutz gegen Spornbildung und Magenileus gewährt,
5. Erleichterung der Ernährung während der ersten Tage.

Nachtheile der Murphyknopfanastomose:

1. Steckenbleiben des Knopfes,
2. Einfallen des Knopfes in den Magen,
3. Störungen, die der Knopf auf seiner Wanderung durch den Darm macht.

Nach genauem Abwägen des Für und Wider kommen Petersen und Macholl zu dem Schlusse, dass die Murphyanastomose in vielen Fällen der Nahtmethode überlegen oder mindestens in allen gleichwerthig sei.

Physiologische Verhältnisse bei der Function einer neuen Magendarmanastomose werden von Kelling (11) einer näheren Betrachtung unterzogen. Nach seinen Untersuchungen ist es bei der Nahtmethode nur sehr schwer möglich, über die wirkliche

Grösse der Fistel einen sicheren Ueberblick zu bekommen, da der Contractionszustand des Darmes fortwährend wechselt, womit natürlich die Grösse der Anastomose bald mehr bald weniger beeinflusst wird. Spontaner Wechsel des Contractionszustandes der Längsmusculatur bis auf das Doppelte ist etwas ganz Gewöhnliches. Ebenso kann die Ringmusculatur Differenzirungen bis auf das Dreifache aufweisen. In Folge dessen ist keine Garantie gegeben für eine bestimmte Grösse der Fistel. Eine solche Garantie muss aber vorhanden sein, weil die Spornbildung abhängt von dem Verhältniss der Grösse der Fistel zum Umfange des Darmes.

Von der Beseitigung dieser in der Nahtmethode begründeten Gefahren spricht Steinthal (12) in seiner Arbeit über Erfahrungen über Gastroenterostomie. Steinthal beseitigt Kelling's Bedenken, deren Berechtigung er durchaus anerkennt, durch Anwendung des Murphyknopfes. Dabei nämlich ist und bleibt die Oeffnung genau so gross, als man den Knopf wählt; nicht bloss der Darmsporn kann seine verhängnisvolle Störung nicht veranlassen, auch die Bildung des berüchtigten Magendarmsporns oder einer secundären Wulstbildung durch Incongruenz der Oeffnungen in Magen und Darm ist ausgeschaltet, weil der Knopf eine glatte Oeffnung schafft, die keine Neigung zu secundärer Schrumpfung zeigt. Denn wenn der Knopf seinen Applicationsort verlässt, sind die neuen Bahnen bereits „eingefahren". Was dem Autor die Knopfmethode ausserdem noch lieb und werth macht, sind die günstigen Abflussbedingungen für Mageninhalt sowohl, als für Galle und Pankreassecret, ferner die Schnelligkeit und bessere Asepsis der Operation. Er verfügt über eine Zahl von 26 Fällen mit Knopfanastomose, von deren Ausgang er sehr befriedigt ist.

In einer durchaus streng sachlichen Untersuchung stellt P. Daneel (13) (Heidelberger Klinik) Vor- und Nachtheile des Knopfes kritisch gegenüber. Von besonderem Interesse sind — neben der Betonung der vereinfachten Technik und der Abkürzung der Operation — die Erhebungen des Autors über die unmittelbare postoperative Function, sowie die Besprechung der Nachtheile des Murphyknopfes. Bezüglich des Auftretens des Circulus vitiosus bei den beiden verschiedenen Methoden der Anastomosenbildung hat er aus den Publicationen der letzten Jahre festgestellt, dass auf 547 hintere Gastroenterostomien mit Naht 14mal ein Circulus vitiosus vorkam,

während dieser sich bei 458 Gastroenterostomien nach v. Hacker-Murphy nur 5mal ereignete, und zwar bei dem grossen Heidelberger Material von 333 Fällen nur 2mal. Decubitus und Perforation des Knopfes mit tödtlichem Ausgang hat sich bei 333 Heidelberger Fällen 3mal ereignet. Die Literaturzusammenstellung der letzten Jahre ergiebt bei 447 Nahtanastomosen 10 Undichtigkeiten und bei 397 Knopfanastomosen 5 Perforationen.

Angesichts der Ergebnisse dieser grossen Statistiken kann man nicht umhin, Ettlinger (14) gegenüber einen Mangel an Technik als Erklärung dafür anzunehmen, dass er unter seinen 8 im Jahre 1902 besprochenen Gastroenterostomien mit Murphyknopf 2 Fälle mit tödtlicher Peritonitis zu verzeichnen hat, deren Entstehung nach seinen Ausführungen dem Knopf zur Last gelegt werden muss.

Bezüglich der secundären Fistelverengerung sind in der Heidelberger Klinik 72 wegen gutartiger Stenose Operirte nachuntersucht worden. Bei 5 Patienten wurde eine zweite Operation wegen secundärer Stenose erforderlich.

Gerade hinsichtlich der Dauerresultate bei der Gastroenterostomie mit Murphyknopf setzt sich J. M. Mayer (15) in Gegensatz zu dem vorhin erwähnten Autor. Er stellt fest, dass der Murphyknopf die weitaus besten Dauerresultate giebt. Von 8 Gastroenterostomien nach v. Hacker mit Naht haben 2 sehr gutes, 4 gutes Resultat, während von 18 Gastroenterostomien nach v. Hacker-Murphy bei 9 Fällen sehr gutes, bei 7 gutes Endergebniss zu verzeichnen war. Nur einmal verursachte der Knopf einen bedrohlichen Ileus, der durch Operation zu günstigem Ausgang gebracht wurde. Sonstige Complicationen durch den Knopf, wie Decubitus, Perforation, Darmeinklemmung, Darmverschlingung, secundäre Fistelverengerung, hat Mayer nicht erlebt. Dagegen musste eine Gastroenterostomie mit Naht nach 5 Jahren wegen Stenoseerscheinungen mit Enteroanastomose nachcorrigirt werden. Zur besseren Vergleichsmöglichkeit rechnet der Autor das Verhältniss von Dauererfolg und Misserfolg in Procent aus und findet:

G.-E. mit M.-K. 70 pCt. Dauererfolg, 10 pCt. Misserfolg, 20 pCt. intercurrent Gestorbene;

G.-E. mit Naht 64 pCt. Dauererfolg, 18 pCt. Misserfolg, 18 pCt. intercurrent Gestorbene.

J. Kindl (16), ein Schüler Schloffer's, macht besonders auf einen Umstand aufmerksam, der das Entstehen einer secundären Fistelverengerung bei der Knopfmethode sehr zu begünstigen scheint. Er hat unter einer verhältnissmässig geringen Zahl von G.-E. retr. p. mit M.-K. 4 Fälle beobachtet, die wegen später eingetretener Stenoseerscheinungen wieder operirt werden mussten. Es waren dies 4 Fälle, bei denen eine hochgradige Magenerweiterung bestand. Kindl stellt sich das Auftreten der secundären Verengerung bei diesen Fällen so vor, dass der durch die neue Fistel entlastete Magen nun in die Möglichkeit gesetzt ist, sich zu verkleinern, und dass in Folge dessen auch die Fistel, die ja bei der Knopfmethode nicht beliebig gross gewählt werden kann, in ihrer Grösse wesentlich beeinträchtigt wird, eine Erklärung, die viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Auch Schloffer selbst (17) warnt vor der Anwendung der Knopfmethode bei Ektasie des Magens und empfiehlt, eine ausgiebige Nahtanastomose anzulegen. Ich werde bei der Besprechung unserer Fälle, deren abgekürzte Krankengeschichten am Schluss folgen, noch besonders auf diesen Punkt zurückgreifen.

Am Krankenhause Forst bei Aachen wurden seit den Jahren 1902 sämmtliche Gastroenterostomien nach v. Hacker mit Murphyknopf ausgeführt, wozu in der ersten Zeit hauptsächlich die günstigen, aus der Heidelberger Klinik stammenden Resultate veranlassten. Da sich die Methode mehr und mehr bewährte, wurde sie von uns in allen Fällen, gutartigen wie bösartigen Erkrankungen, auch in Verbindung mit Magenresectionen, angewandt. Wir verfügen bis heute über ein Material von 46 G.-E. bei bösartigen einschliesslich der G.-E. mit Resectionen, und 33 G.-E. bei gutartigen Magenerkrankungen. Eine Ausnahme bildet der Fall 49; hier wurde die Operation auf den Wunsch der Patientin auswärts in einem kleineren Spitale vorgenommen; es war kein Knopf vorhanden, und so wurde die Nahtanastomose ausgeführt. Interessant ist, dass wir in dem einzigen mit Nahtanastomose operirten Falle die Erscheinungen des Circulus vitiosus auftreten sahen, während wir bei allen Fällen mit Knopfanastomose von dieser Störung verschont blieben. Wenn wir auch weit entfernt sind, aus diesem überraschenden Thatbestande heraus zwingende Entscheidungen über den Werth der Knopf- und Nahtmethode aussprechen zu wollen, so ist es doch zu verstehen, dass ein Operateur, der der Knopfanastomose durchweg den Vorzug giebt, sich durch derartige

Erfahrungen in seinem Standpunkte bestärkt fühlt. Der Circulus vitiosus wurde übrigens durch Anlegen einer Braun'schen Enteroanastomose beseitigt, und die Patientin so einem ungestörten Heilungsverlaufe entgegengeführt.

An Todesfällen hatten wir 12 zu beklagen, von denen einer der Reihe der gutartigen Erkrankungen angehört (Fall 39). Von den übrigen ist einer nach 5 (Fall 26), ein anderer nach 2 (Fall 53), ein weiterer nach $2^1/_2$ Monaten (Fall 67) gestorben, sodass für die Feststellung der postoperativen Mortalität nur 9 Fälle in Frage kommen. Es ergiebt sich:

I. Mortalität bei der G.-E. retr. p. mit M.-K. überhaupt (79 Fälle) 11,4 pCt., [Wildenrath-Helferich (18) (108 Fälle) 15,7 pCt., Steudel-Czerny (53 Fälle) 24,5 pCt., Carle (51 Fälle) 21,5 pCt.].

II. Mortalität der G.-E. retr. p. mit M.-K. bei gutartigen Erkrankungen (33 Fälle) 3 pCt., [Kindl-Schloffer 4 pCt., Carle 3,8 pCt., allgemeine Statistik von Donati (19) 7,54 pCt.].

III. Mortalität der G.-E. retr. p. mit M.-K. bei bösartigen Erkrankungen (46 Fälle) 17,4 pCt., [Kindl-Schloffer 21 pCt.]

Einige Fälle bedürfen einer besonderen Besprechung.

Fall 39 starb an Peritonitis. Bei der Obduction fand sich entsprechend der Stelle, wo eine nachträgliche Magendarmnaht angelegt war, eine winzige Perforation des Magens, in der Umgebung keine Reaction, leicht serös-purulente Peritonitis. Es bestand kein Carcinom, wie bei der Operation angenommen wurde, sondern gutartige Stenose. Hätten wir uns streng nach der Murphyschen Technik gerichtet, welche jede nachträgliche Naht verschmäht, so wäre vielleicht der unglückliche Ausgang vermieden worden.

Fall 40. Der Patient starb unter peritonitischen Erscheinungen. Bei der Section zeigte sich, dass der Knopf nicht ganz fest geschlossen hatte, sodass die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, dass der schlechte Schluss des Knopfes die Peritonitis verschuldet hat. Wir haben daraus die Lehre gezogen, dass wir bei der Operation den Knopf nicht eher anlegen, als wir uns von der zuverlässigen Schlussfähigkeit überzeugt haben, eine Massregel, die uns für die Zukunft vor ähnlichen Unzuträglichkeiten bewahrt hat.

Fall 53. Hier fand sich bei der Obduction ein Carcinom an Duodenum und Pankreas. Sämmtliche Drüsen carcinomatös er-

krankt. Zweites Carcinom am Coecum, hier, central davon, Kothfistel, gut functionirend. Gastroenteroanastomose. Der Knopf liegt im Duodenum. Hochgradige Ektasie des Magens, Inanition. Der Ileus ist in diesem Falle sicher nicht durch den Knopf hervorgerufen worden, da ja die in der Coecumgegend angelegte, also unterhalb des Knopfes befindliche Fistel sofort die Occlusionserscheinungen beseitigte. Der Knopf ist vielmehr in Folge des durch das stricturirende Coecum-Carcinom bedingten Ileus losgelöst und magenwärts ins Duodenum verschlagen worden. Jedenfalls jedoch besteht die Forderung Payr's zu Recht, dass bei dem Befund einer gleichzeitigen Stenosirung von Pylorus und Darm der Murphyknopf keine Anwendung finden dürfe (20).

Bei allen unseren Gastroenterostomie-Fällen freuten wir uns — mit der erwähnten Ausnahme, Fall 40 — der Vorzüge der Knopfanastomose, wie sie gegeben sind in der Abkürzung der Operation, in der Erleichterung der Asepsis, in der Sicherheit der Function, in der Vereinfachung der Technik, in der Zuverlässigkeit des Abschlusses und in der besseren Ernährungsmöglichkeit während der ersten Tage. Die Patienten erhielten bis zum Abgang des Knopfes flüssige Diät. Der Abgang erfolgte durchschnittlich am 12. bis 15. Tage. Von sonstigen, dem Knopf zur Last gelegten Nachtheilen haben wir nichts gesehen, Darmverschluss, Verstopfung des Knopfes, Decubitus und Perforation, Circulus vitiosus, secundäre Fistelverengerung sind uns unbekannte Dinge geblieben.

Da uns die letztere von manchen Autoren (Neuweiler, Daneel) mehrfach beobachtete Störung besonders interessirte, liessen wir eine Umfrage ergehen. Naturgemäss konnten hierbei nur die wegen gutartiger Erkrankung operirten Fälle in Betracht kommen. Von diesen 33 Fällen war einer unglücklich ausgegangen. Von 32 Umfragen blieben 5 unbestellbar (6, 8, 16, 24, 36), 3 kamen zurück mit dem Vermerk: Adressat todt (41, 42, 62), 2 wurden nicht beantwortet, ein immerhin ganz günstiges Resultat, wenn man die Länge des in Frage stehenden Zeitraums (10 Jahre) bedenkt und berücksichtigt, dass bei der arbeitenden Bevölkerung, die das Hauptcontingent zu diesen Operationen stellte, der Wohnungswechsel an der Tagesordnung ist.

Von 22 Patienten, über deren Befinden wir nähere Nachricht in Händen haben, sind 8 völlig beschwerdefrei (10, 14, 25, 43, 45, 47, 51, 60).

Drei intercurrent gestorbene Patienten hatten seit der Operation gleichfalls keine Beschwerden mehr (38, 46, 50).

Eine weitere Gruppe bilden die Patienten, die man als fast beschwerdefrei bezeichnen kann. Das Festhalten an einer gewissen Diätvorschrift, manchmal auftretendes Druckgefühl in der Magengegend, verhindert die Einreihung dieser unter die Zahl der völlig beschwerdefreien (13, 29, 35, 52, 54, 57, 68, 69, 71, 78). Hiervon werden mir Fall 29, 69 und 71 als typische Hysterien geschildert.

Nicht gebessert ist Fall 56, der wegen Ulcus ventriculi operirt wurde. Die Patientin giebt an, jetzt noch häufig Magenschmerzen, sowie Blutbrechen zu haben.

Nun zur Frage der secundären Fistelverengerung! Zeitweises Erbrechen trat auf bei den Fällen 29, 57, 69, 78. Bei der klinischen Deutung dieser Erscheinung muss man den Ausführungen von Kreuzer und Schulz Beachtung schenken. Kreuzer (21) hat 31 Gastroenterostomirte persönlich nachuntersucht und hat bei 22 dieser Patienten Abnormitäten der Secretion und Motilität des Magens festgestellt, jedoch nur 2 Mal fand er eine mangelhafte Function der Fistel. Schulz (22) constatirte bei 6 von 50 nachuntersuchten Patienten Erbrechen und Schmerzen, wiewohl kein einziger wieder wegen einer Fistelverengerung zur Operation kam. Das hier und da aufgetretene Erbrechen wird also nicht auf eine Fistelverengerung, vielmehr auf Unregelmässigkeiten der Magenmotilität oder auf perigastritische Verwachsungen zu beziehen sein. Dazu kommt noch, dass zwei von diesen vier Fällen dringend der Hysterie verdächtig sind.

Bei 5 von unseren Nachuntersuchten ist in der Krankengeschichte der Befund einer höhergradigen Ektasie des Magens verzeichnet (35, 45, 50, 54, 78). Von diesen hatte nur einer über ernstliche Störungen zu klagen (78). Er kam 2 Monate nach der Operation zum Krankenhause mit Klagen über Magendruck, Aufstossen, Erbrechen. Mehrere Magenspülungen, die reichliche Restmengen zu Tage förderten, behoben die Beschwerden dauernd. Den Besorgnissen der Schloffer'schen Klinik, welche bei ektatischem Magen die Anwendung des Knopfes wegen der Gefahr der secundären Fistelverengerung verbietet, können wir also keinen Raum geben.

Zusammenfassend können wir versichern, dass wir mit der Knopfanastomose bei der hinteren Gastroenterostomie vollauf zu-

frieden waren, indem wir besonders hervorheben, dass sie grösstmöglichste Sicherheit bietet gegen primäre (Circulus vitiosus) und secundäre Functionsstörungen (Fistelverengerung) der neuen Magendarmöffnung. Wir betrachten mit Kramer (23) die Nachtheile des Murphyknopfes als übercompensirt durch seine Vortheile, und erklären uns durchaus einverstanden mit den Worten Steinthal's:

„Wer eine ideale Anastomosenöffnung erzielen will und vor unerwarteten Complicationen sicher sein möchte, darf den Murphyknopf bei der hinteren Gastroenterostomie ruhig anwenden.“

Auszüge der Krankengeschichten.

1. Wilhelm Sch., 31 Jahre, aufgenommen 1. 8. 1902. Pylorusstenose. Carcinose des Netzes, des Magens, der Mesenterialdrüsen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 23. 8. gebessert entlassen.

2. Mathias D., 20 Jahre, aufgenommen 28. 8. 1902. Pylorusstenose. Veränderungen in der Nähe des Pylorus kaum wahrzunehmen. Es scheint sich entweder um congenitale oder um eine auf dem Boden eines früheren Ulcus entstandene Stenose zu handeln. Duodenum im oberen Theil nicht weiter als ein Kleinfinger. Verwachsungen oder narbige Härte am Pylorus nicht festzustellen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 20. 9. geheilt entlassen.

3. Maria W., 71 Jahre, aufgenommen 15. 9. 1902. Carcinoma pylori, circulär den Pylorus umgreifend. G.-E. retr. p. mit M.-K. 24. 9. Exitus: Inanition.

4. Richard E., 31 Jahre, aufgenommen 20. 12. 1902. Carcinoma pylori. Ringförmiges Carcinom am Pylorus, kleine Curvatur ca. 10 cm lang vom Pylorus aus carcinomatös infiltrirt. An einer Stelle hat das Carcinom bereits die Serosa durchwuchert. G.-E. retr. p. mit M.-K. 6. 1. 1903 gebessert entlassen.

5. Theodor C., 56 Jahre, aufgenommen 3. 1. 1903. Pylorusstenose. Carcinom an der Hinterseite des Pylorus. Zahlreiche Verwachsungen zwischen Magen und Colon, desgleichen am Coecum. Im Wurmfortsatz ein Kothstein. G.-E. retr. p. mit M.-K., Appendektomie. 29. 1. gebessert entlassen.

6. Johannes R., 55 Jahre, aufgenommen 24. 1. 1903. Pylorusstenose. — Leber vergrössert, tiefstehend, am Rande des rechten Leberlappens ein zweipfennigstückgrosses Angiom. Pylorus mit Leber verwachsen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 7. 3. geheilt entlassen.

7. Katharina B., 59 Jahre, aufgenommen 27. 1. 1903. Carcinoma pylori. — Ausgedehnte Carcinose. Pylorus, Leberrand, Colon durch Tumormassen verwachsen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 24. 2. gebessert entlassen.

8. Ottilie R., 25 Jahre, aufgenommen 7. 2. 1903. Pylorusstenose. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 2. geheilt entlassen.

9. Justine S., 42 Jahre, aufgenommen 9. 2. 1903. Carcinoma pylori. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 2. gebessert entlassen.

10. Schwester V., 48 Jahre, aufgenommen 6. 4. 1903. Pylorusstenose. — Strahlige Narbe am Pylorus, Pylorus verdickt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 13. 5. geheilt entlassen.

11. Josephine G., 61 Jahre, aufgenommen 14. 4. 1903. Carcinoma ventriculi. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 5. geheilt entlassen.

12. Nicolaus K., 64 Jahre, aufgenommen 25. 5. 1903. Carcinoma pylori. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 6. geheilt entlassen.

13. Gertrud E., 51 Jahre, aufgenommen 14. 9. 1903. Ulcus ventriculi, Pylorusstenose (benigne?). — Am Pylorus ein etwa 50pfennigstückgrosses Ulcus mit harten knotigen Rändern. Serosa in gleicher Ausdehnung narbig verdickt und mit einer Spange am unteren Leberrand befestigt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 4. 10. geheilt entlassen.

14. Schwester E., 51 Jahre, aufgenommen 17. 9. 1903. Stenosis ventriculi, Gallensteine. Ringförmige Einziehung des Magens in der Nähe des Pylorus. Verwachsungen in der Gallenblase, in der 2 Steine fühlbar sind. G.-E. retr. p. mit M.-K., Einnähen der Gallenblase. 12. 10. geheilt entlassen.

15. Peter K., 61 Jahre, aufgenommen 23. 10. 1903. Carcinoma pylori. — Stenosirendes Carcinom am Pylorus. Starke, breite Verwachsungen der vorderen Magenwand und der Leber. Magenwand hochgradig verdickt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 19. 11. gebessert entlassen.

16. Kunigunde B., 31 Jahre, aufgenommen 3. 11. 1903. Stenosis pylori benigna. — Strahlige Narbe der Serosa des Pylorus, starke Ektasie des im Ganzen nach links verlagerten Magens. G.-E. retr. p. mit M.-K. 9. 1. 1904 geheilt entlassen.

17. Peter K., 37 Jahre, aufgenommen 11. 11. 1903. Carcinoma pylori et Curvaturae parvae. — Verengendes Carcinom am Pylorus, Metastasen im Mesocolon transversum. G.-E. retr. p. mit M.-K. 25. 11. gebessert entlassen.

18. Margarete K., 43 Jahre, aufgenommen 19. 11. 1903. Carcinoma ventriculi. — Netz bandartig über die Vorderwand des Magens geschlagen und mit dem Carcinom, das die Mitte der kleinen Curvatur einnimmt, und mit dem Pankreas zu einem faustgrossen Tumor verbacken, dass dadurch der Magen in zwei Hälften getheilt ist. Nach Lösungen der Verwachsungen entfaltet sich der Magen sehr gut. Um einer späteren Stenose vorzubeugen: G.-E. retr. p. mit M.-K. 24. 12. gebessert entlassen.

19. Marie P., 63 Jahre, aufgenommen 10. 12. 1903. Carcinoma pylori. — Allgemeine Carcinose der Abdominalorgane, starker Ascites. Pylorus in eine wurstförmige Geschwulst verwandelt. Das Netz ist zu einem harten knolligen Tumor geworden, in dem zahlreiche Carcinomknötchen sichtbar sind. Colon transversum fest mit dem unteren Theil des Netztumors verwachsen. Lösung der Verwachsungen und G.-E. retr. p. mit M.-K. 11. 12.: Exitus, Herzlähmung. Keine Peritonitis, Knopf tadellos liegend.

20. Maria E., 36 Jahre, aufgenommen 17. 12. 1903. Stenosis pylori, Ptosis et dilatatio ventriculi. — Hochgradige Enteroptose. Pylorus verdickt und verengt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 9. 1. 1904 geheilt entlassen.

21. Wilhelm M., 47 Jahre, aufgenommen 5. 1. 1904. Carcinoma pylori. — Knolliges etwa faustgrosses Pyloruscarcinom, das auf die kleine Curvatur übergegriffen hat, sodass der Magen fixirt ist und nur schwer vorgezogen werden kann. G.-E. retr. p. mit M.-K. 23. 1. gebessert entlassen.

22. Wilhelm K., 45 Jahre, aufgenommen 15. 1. 1904. Carcinoma pylori. G.-E. retr. p. mit M.-K. 5. 2. gebessert entlassen.

23. Heinrich Josef H., 37 Jahre, aufgenommen 3. 2. 1904. Carcinoma pylori. — Kleinapfelgrosser Tumor des Pylorus. Pylorus leicht vorziehbar. Während der Operation Collaps, deshalb Radicaloperation nicht ausführbar. Starke Magensteifung, Ausdehnung hauptsächlich in der Gegend des Hypochondriums. G.-E. retr. p. mit M.-K. 17. 2. gebessert entlassen.

24. Quirin G., 24 Jahre, aufgenommen 8. 3. 1904. Pylorusstenose. — Pylorus nur für die Kleinfingerkuppe durchgängig. G.-E. retr. p. mit M.-K. 8. 4. gebessert entlassen.

25. Emma E., 33 Jahre, aufgenommen 11. 3. 1904. Ulcus ventriculi. — Ulcus sitzt am Pylorus, keine Stenose. G.-E. retr. p. mit M.-K. 1. 4. geheilt entlassen.

26. Gertrud G., 53 Jahre, aufgenommen 12. 4. 1904. Carcinoma pylori et curvaturae parvae. G.-E. retr. p. mit M.-K. 9. 11. 1904: Exitus: Kachexie.

27. Joseph H., 43 Jahre, aufgenommen 20. 4. 1904. Carcinoma pylori. G.-E. retr. p. mit M.-K. 14. 5. gebessert entlassen.

28. Therese K., 44 Jahre, aufgenommen 26. 4. 1904. Ulcus pylori. G.-E. retr. p. mit M.-K. 9. 5. gebessert entlassen.

29. Anna B., 31 Jahre, aufgenommen 28. 4. 1904. Ulcus pylori. — An der vorderen Magenwand eine strahlige Narbe, die den Magen in zwei ungleiche Theile theilt. Am Pylorus ein anscheinend frisches Ulcus fühlbar. G.-E. retr. p. mit M.-K. 17. 6. gebessert entlassen.

30. Maria G., 46 J., aufgenommen 16. 5. 1904. Carcinoma pylori et curvaturae parvae. — Kleinfaustgrosser Tumor der kleinen Curvatur, Carcinom des Pylorus. Starke Gastroptose. G.-E. retr. p. mit M.-K. 3. 6. gebessert entlassen.

31. Antoinette M., 43 Jahre, aufgenommen 30. 6. 1904. Carcinoma pylori. — Hochgradige Stenoseerscheinungen, starke Abmagerung. (Grosser Blutverlust in Folge gynäkologischer Erkrankung.) G.-E. retr. p. mit M.-K. 12. 7. Exitus: Kachexie. Obduction: Anastomose breit durchgängig, in der Umgebung keine Reaction. Fettige Degeneration der Organe.

32. Adam Sch., 47 Jahre, aufgenommen 30. 6. 1904. Carcinoma pylori. — Kleinfaustgrosser Tumor am Pylorus, zahlreiche Metastasen in den Mesenterialdrüsen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 29. 7. gebessert entlassen.

33. Cornelia V., 51 Jahre, aufgenommen 2. 7. 1904. Carcinoma pylori. — Circuläres wurstförmiges Carcinom des Pylorus, Serosa intact, anscheinend keine Metastasen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 3. 8. gebessert entlassen.

34. Margarethe K., 42 Jahre, aufgenommen 19. 7. 1904. Carcinoma pylori. — Wurstförmiger Tumor vor dem Pylorus, in das kleine Netz hinein-

gewachsen. Drüsenmetastasen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 5. 3. gebessert entlassen.

35. Heinrich P., 25 Jahre, aufgenommen 2. 8. 1904. Stenosis pylori benigna. — Am Pylorus eine Verdickung und eine lange strahlige Narbe, nach dem Duodenum hinziehend, Drüsen des Mesenteriums entzündlich geschwollen. Magen tiefstehend, hochgradige Ektasie. G.-E. retr. p. mit M.-K. 2. 9. geheilt entlassen.

36. Franziska J., 23 Jahre, aufgenommen 17. 8. 1904. Stenosis pylori (Ulcus?) — Pylorus eingezogen, vom Pylorus zur Umgebung mehrere Verwachsungen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 7. 9. geheilt entlassen.

37. Gottfried F., 66 Jahre, aufgenommen 15. 10. 1904. Carcinoma pylori. — Hochgradige Kachexie. G.-E. retr. p. mit M.-K. 5. 11. gebessert entlassen.

38. Helene M., 47 Jahre, aufgenommen 11. 11. 1904. Stenosis pylori, Enteroptose. G.-E. retr. p. mit M.-K. 22. 12. gebessert entlassen.

39. Josef P., 63 Jahre, aufgenommen 19. 12. 1904. Carcinoma pylori. — Hochgradige Abmagerung, starke Dilatation des Magens. Netz völlig fettarm. Pylorus mit der hinteren Leber und mit dem Pankreas zu einem faustgrossen Tumor verwachsen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 22. 12. Exitus: Peritonitis (s. u.!).

40. Johann E., 50 Jahre, aufgenommen 24. 12. 1904. Carcinoma pylori. G.-E. retr. p. mit M.-K. 25. 12. Exitus: Peritonitis (s. u.!).

41. Franz W., 35 Jahre, aufgenommen 13. 4. 1905. Ulcus pylori. — Am Pylorus leichte Verdickung, keine Verengerung und Verwachsung. (Blut im Stuhl.) G.-E. retr. p. mit M.-K., Appendektomie (3 Kothsteine). 6. 5. geheilt entlassen.

42. Andreas D., aufgenommen 17. 4. 1905. Stenosis pylori benigna. — Am Pylorus eine strahlige Narbe, Pylorus verdickt, Netz mit der Vorderwand des Pylorus verwachsen. Verwachsungen mit der Umgebung der Gallenblase. Lösung derselben und G.-E. retr. p. mit M.-K.

43. Ida M., 48 Jahre, aufgenommen 8. 5. 1905. Stenosis pylori. — Am Pylorus eine strahlige Narbe, keine Verwachsungen mit der Umgebung. Pylorus fühlt sich stark verdickt an. Drüsen nicht geschwollen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 5. geheilt entlassen.

44. Franz G., 62 Jahre, aufgenommen 10. 5. 1905. Carcinoma pylori. — Knotiger Pylorustumor, mit dem unteren Leberrand verwachsen. Hochgradige Kachexie. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 6. geheilt entlassen.

45. Konrad E., 50 Jahre, aufgenommen 15. 6. 1905. Stenosis pylori benigna. — Magen stark erweitert, bis circa handbreit unter den Nabel reichend. Netz sehr fettarm. Am Mesocolon transversum deutliche Spuren von Entzündung. Am Pylorus eine sich hart anfühlende schwielige Narbe. Pylorus fixirt, nicht vorziehbar. G.-E. retr. p. mit M.-K. 5. 7. gebessert entlassen.

46. Margarete D., 42 Jahre, aufgenommen 7. 7. 1905. Cholecystitis chronica? Beginnender Sanduhrmagen. Gallenblase normal, ohne Steine. In dem unteren Drittel des Magens, nach der grossen Curvatur zu gelegen, findet sich eine narbige Einziehung. Magenwand an dieser Stelle verdickt (altes

Ulcus). Pylorus mit unterer Leberfläche fest verwachsen. Lösung der Verwachsungen und G.-E. retr. p. mit M.-K. 21. 10. gebessert entlassen.

47. Franz H., 60 Jahre, aufgenommen 18. 7. 1905. Stenosis pylori benigna. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 17. 9. gebessert entlassen.

48. Ludwig K., 48 Jahre, aufgenommen 18.8.1905. Carcinoma pylori. — Resectio pylori und G.-E. retr. p. mit M.-K. 19. 11. gebessert entlassen.

49. Frau D., aufgenommen 13.12.1905. Carcinoma pylori inoperabile. — Pylorus ganz nach links liegend, von einem faustgrossen, gut beweglichen Tumor eingenommen. Wegen hochgradiger carcinomatöser Erkrankung der Drüsen wird von der Resection Abstand genommen. G.-E. retr. p. mit Naht, weil kein Knopf zur Hand war (die Operation wurde auswärts ausgeführt). Am dritten Tag Circulus vitiosus, geheilt durch Anlegen einer Braun'schen Enteroanastomose. Weiterer Verlauf ungestört.

50. Schwester A., aufgenommen 6.2.1906. Gastroptose, Gastrektasie. — Kleine Curvatur in der Höhe des Nabels, keine Stenose. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 3. geheilt entlassen.

51. Schwester B., aufgen. 4. 3. 1906. Stenosis pylori benigna. — Narbe am Pylorus, der sich hart anfühlt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 3.4. geheilt entlassen.

52. Josef Sch., 40 Jahre, aufgenommen 10. 5. 1906. Stenosis pylori benigna. — Magen sehr tief stehend, grosse Curvatur zwischen Nabel und Symphyse, kleine in Nabelhöhe. Pylorus fühlt sich hart an, an seiner oberen Seite eine strahlige alte Narbe. G.-E. retr. p. mit M.-K. 29. 5. geheilt entlassen.

53. Kaspar H., 56 Jahre, aufgenommen 14. 5. 1906. Stenosis pylori. — Magen stark durch Gase aufgebläht, Magenwand dünn; Pylorus von normaler Beschaffenheit. Es findet sich ein Carcinom des Pankreaskopfes, kleinapfelgross, höckerig, das möglicher Weise das Duodenum comprimirt (ausgesprochene Stagnationserscheinungen). Starke Ektasie des Magens. G.-E. retr. p. mit M.-K. 23. 5. Ileus (Carcinoma coli). Anlegen einer Kothfistel am Coecum. 6. 7. Exitus: Inanition (s. u.).

54. Johann F., aufgenommen 23. 7. 1906. Stenosis pylori benigna. — Hochgradige Ektasie. Pylorus hart, an der Vorderseite eine strahlige Narbe. Drüsen um den Pylorus geschwollen. Untersuchung einer Drüse ergiebt nur entzündliche Infiltration. G.-E. retr. p. mit M.-K. 14. 8. geheilt entlassen.

55. Wilhelm G., 47 Jahre, aufgenommen 26. 7. 1906. Carcinoma ventriculi. — Walzenförmiges, etwa mannsfaustdickes mit Pankreas verwachsenes Pyloruscarcinom (Zucker im Urin!). Magen stark erweitert, Wand verdickt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 8. gebessert entlassen.

56. Katharina Sch., 18 Jahre, aufgenommen 25. 8. 1906. Ulcus ventriculi. — Pylorus verdickt, an der vorderen Magenwand sitzt eine kleine Peritonealspange, mit dem Pylorus verwachsen. G.-E. retr. p. m. M.-K. 16. 9. geheilt entlassen.

57. Frau B., 54 Jahre, aufgenommen 31. 8. 1906. Ulcus ventriculi. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 7. 11. gebessert entlassen.

58. Jakob Sch., 51 Jahre, aufgenommen 15. 9. 1906. Carcinoma pylori. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 7. 11. gebessert entlassen.

59. Peter P., 50 Jahre, aufgenommen 14. 4. 1907. Carcinoma pylori. — Pylorus verdickt, höckerig. Am Pylorus eine mit diesem und dem Pankreaskopf fest verwachsene Drüse. Resection des Pylorus, Entfernung der Drüse und eines Theiles des Pankreaskopfes. G.-E. retr. p. mit M.-K. 16. 7. gebessert entlassen.

60. Peter M., 43 Jahre, aufgenommen 7. 5. 1907. Stenosis pylori benigna. — Strahlige Narbe an der Rückwand des Pylorus. Gewebe der Umgebung weisslich verfärbt. Leichte perigastritische Verwachsungen der rückseitigen Magenwand. G.-E. retr. p. mit M.-K. 8. 6. geheilt entlassen.

61. Engelbert S., 45 Jahre, aufgenommen 15. 6. 1907. Carcinoma pylori. — Magen stark erweitert, schwer vorziehbar, Lig. gastrocolicum stark verkürzt. Am Pylorus ein walnussgrosser Tumor fühlbar, über dem die Serosa narbig verändert ist. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 7. gebessert entlassen.

62. Johann G., 31 Jahre, aufgenommen 17. 6. 1907. Stenosis pylori benigna. — Am Pylorus eine sich hart anfühlende Narbe. Magen stark erweitert. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 7. geheilt entlassen.

63. Josef H., 41 Jahre, aufgenommen 8. 7. 1907. Carcinoma ventriculi. — Am Pylorus, der links von der Mittellinie liegt, ein über faustgrosser, carcinomatöser Tumor. In der Leber kleine Metastasen. Tumor in die Bänder des Magens eingewachsen, hat auf das Pankreas übergegriffen. Der stark erweiterte Magen lässt sich nur schwer vorziehen. G.-E. retr. p. mit M.-K. 24. 8. gebessert entlassen.

64. Helene Sch., 59 Jahre, aufgenommen 12. 8. 1907. Carcinoma ventriculi. — Ausgedehntes Carcinom der hinteren Magenwand, das bis zur kleinen Curvatur reicht und stellenweise bereits bis zur Serosa durchgewuchert ist. Um eine spätere Stenose zu verhüten. G.-E. retr. p. mit M.-K. 27. 8. gebessert entlassen.

65. Peter Josef Ch., 50 Jahre, aufgenommen 16. 8. 1907. Carcinoma pylori. — Faustgrosser Pyloruskrebs, übergreifend auf die kleine Curvatur, die mit dem unteren Leberrand verwachsen ist. Carcinomknötchen an der vorderen Magenwand. G.-E. retr. p. mit M.-K. 6. 9. gebessert entlassen.

66. Friedrich K., 58 Jahre, aufgenommen 13. 8. 1907. Carcinoma pylori. — Starke Stenose-Erscheinungen. Faustgrosses Pyloruscarcinom. G.-E. retr. p. mit M.-K. 20. 8. Exitus: Inanition.

67. Josef M., 31 Jahre, aufgenommen 30. 4. 1909. Carcinoma pylori. — Hochgradige Abmagerung, starke Magensteifung, faustgrosser, mit der Nachbarschaft verwachsener Pylorustumor. Retroperitoneale Drüsen stark vergrössert, weisslich durchscheinend. G.-E. retr. p. mit M.-K. 15. 7. Exitus: Kachexie.

68. Frau C., 45 Jahre, aufgenommen 8. 5. 1909. Stenosis pylori benigna. — Pylorus verhärtet, Ektasie des Magens. Erhöhte Peristaltik (angeblich zwei starke Magenblutungen). G.-E. retr. p. mit M.-K. 23. 6. geheilt entlassen.

69. Rosa L., 16 Jahre, aufgenommen 31. 8. 1909. Stenosis pylori benigna. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 19. 9. geheilt entlassen.

70. Heinrich F., 59 Jahre, aufgenommen 8. 10. 1909. Carcinoma pylori. — Hochgradige Abmagerung. Magenspülung: $^1/_2$ Eimer stark jauchiger Massen. Magen mit Lig. teres hepatis verwachsen. Faustgrosses Pylorus-carcinom. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 10. Exitus: Kachexie.

71. Schwester B., aufgenommen 24. 11. 1909. Ulcus ventriculi. — Am Pylorus flächenhafte Verhärtung fühlbar. G.-E. retr. p. mit M.-K. 21. 12. geheilt entlassen.

72. Heinrich H., 73 Jahre, aufgenommen 16. 12. 1909. Carcinoma ventriculi. — Hochgradige Inanition. Das Carcinom sitzt 4—5 cm vom Pylorus entfernt an der kleinen Curvatur, ist faustgross. Entfernung des ziemlich beweglichen Tumors wegen der Kachexie des Patienten nicht angezeigt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 19. 12. Exitus: Kachexie.

73. Wilhelm D., 55 Jahre, aufgenommen 19. 8. 1910. Carcinoma pylori. — G.-E. retr. p. mit M.-K. 6. 9. gebessert entlassen.

74. Arnold K., 59 Jahre, aufgenommen 22. 9. 1910. Stenosis pylori. — Am Pylorus 3 cm langer, walzenförmiger, nicht höckeriger Tumor. Peritonealüberzug darüber narbig verändert. Tumor fest mit Leberunterfläche verwachsen und nicht vorziehbar. Da der klinische und anatomische Befund für gutartige Stenose spricht: G.-E. retr. p. mit M.-K. 1. 12. gebessert entlassen.

75. Frau Sp., 70 Jahre, aufgenommen 8. 9. 1911. Carcinoma pylori. — Hühnereigrosses, ziemlich bewegliches Pyloruscarcinom. Magen stark erweitert. Resectio pylori u. G.-E. retr. p. mit M.-K. 14. 9. Exitus: Doppelseit. Pneumonie.

76. Frau J., 38 Jahre, aufgenommen 20. 10. 1911. Carcinoma pylori. — Starker Kräfteverfall. Faustgrosser Pylorustumor, Drüsen des Mesenteriums stark geschwollen. Resection nicht angezeigt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 12. gebessert entlassen.

77. Elise H., 52 Jahre, aufgenommen 4. 4. 1911. Carcinoma ventriculi. — Grosses Carcinom, ausgehend von der kleinen Curvatur, das auf die hintere Magenwand übergegriffen hat und nach oben bis an die Cardia, nach unten bis nahe an den Pylorus heranreicht. Ausgedehnte Drüsenerkrankung. G.-E. retr. p. mit M.-K. 10. 12. gebessert entlassen.

78. Wilhelm K., 37 Jahre, aufgenommen 15. 12. 1911. Stenosis pylori benigna. — Starke Stagnationserscheinungen, hochgradige Dilatation des Magens. Magenwand stark verdickt. Am Pylorus, der äusserlich normal aussieht, fühlt man eine etwa bohnengrosse, derbe Geschwulst (wallartig aufgeworfene Ränder eines Ulcus?). G.-E. retr. p. mit M.-K. 9. 1. gebessert entlassen.

79. Jakob Sp., 50 Jahre, aufgenommen 16. 4. 1912. Carcinoma pylori. — Am Pylorus kleinapfelgrosser Tumor. Pylorus nur schwer vorziehbar. Netz im unteren Theile des Abdomens an der vorderen Bauchwand adhärent, wird gelöst. G.-E. retr. p. mit M.-K., dann Resection des Pylorus. Der Duodenalstumpf wird verschlossen und mit Pankreaskopf und Netz übernäht. Im Heilungsverlauf Duodenalfistel. 2. 4. gebessert entlassen.

80. Wilhelm L., 52 Jahre, aufgenommen 19. 9. 1912. Stenosis pylori benigna. — Walnussgrosses kraterförmiges Ulcus am oberen Rande der kleinen

Curvatur. Pylorus verdickt, hart. G.-E. retr. p. mit M.-K. und Excision des Ulcus. 11. 10. geheilt entlassen.

81. Gerhard H., 62 Jahre, aufgenommen 26. 10. 1912. Stenosis pylori benigna. — Pylorus fest mit unterer Leberfläche verwachsen und winkelig abgeknickt. G.-E. retr. p. mit M.-K. 12. 11. geheilt entlassen.

Bezüglich des Falles **78** ist nachzutragen, dass der Patient wegen erneut auftretender Stenoseerscheinungen am 13. 9. 1912 im Luisenhospital zu Aachen operirt wurde. Es wurde eine Pyloroplastik und die Excision einer Ulcusnarbe vorgenommen. Die Gastroenterostomiestelle konnte der bestehenden Adhäsionen halber nicht zu Gesicht gebracht werden.

Meinem verehrten Chef, Herrn San.-Rath Dr. Longard, danke ich herzlichst für die Anregung zu dieser Arbeit und die Ueberlassung des Materials.

Literatur.

1. Pengier, Semaine méd. 1894. p. 186.
2. Chaput, Valeur du bouton de Murphy. La France médicale. 1895. No. 30.
3. Marwedel, Ueber Enteroanastomosen mit experimentellen Beiträgen zur Frage des Murphy'schen Darmknopfes. Beitr. z. klin. Chir. 1895. Bd. 18.
4. Neuweiler, Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen. Arch. f. klin. Chir. 1903. Bd. 69.
5. Steudel, Die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen und die Endresultate der früheren Operationen. Beiträge zur klin. Chir. 1899. Bd. 23.
6. Petersen, Anatomische und chirurgische Beiträge zur Gastroenterostomie. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 29.
7. Carle und Fantino, Beitrag zur Pathologie und Therapie des Magens. Dieses Archiv. 1898. Bd. 56.
8. Chlumski, Weitere Erfahrungen über die Gastroenterostomie. Beiträge zur klin. Chir. 1900. Bd. 27.
9. Chlumski, Ueber die Gastroenterostomie. Beitr. z. klin. Chir. 1898. Bd. 20.
10. Petersen und Macholl, Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten. Beiträge zur klin. Chir. 1902. Bd. 33.
11. Kelling, Studien zur Chirurgie des Magens. Dieses Archiv. 1900. Bd. 62.
12. Steinthal, Erfahrungen über Gastroenterostomie. Beiträge z. klin. Chir. 1902. Bd. 34.
13. Daneel, Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei der Magendarmanastomose. Beiträge zur klin. Chir. 1908. Bd. 57.
14. Ettlinger, Erfahrungen über Operationen mit dem Murphyknopf. Beiträge z. klin. Chir. 1902. Bd. 34.

15. Mayer, Ueber Dauererfolge in der operativen Behandlung der gutartigen Magenerkrankungen. Beiträge zur klin. Chir. 1909. Bd. 61.
16. Kindl, Bericht über operativ behandelte Magenerkrankungen (1897—1907). Beiträge zur Chir. 1909. Bd. 63.
17. Schloffer, Magenerkrankungen. Lehrbuch d. Chirurgie von Wullstein-Wilms. Bd. 2.
18. Wildenrath, Ueber 118 mit Murphyknopf behandelte Fälle von Operationen an Magen und Darm aus den Jahren 1899—1906. Kiel. Diss. 1906.
19. Donati, Ueber die Pathogenese des Ulcus ventriculi. Dieses Archiv. 1905. Bd. 75.
20. Payr, Ueber gleichzeitige Stenosirung von Pylorus und Darm.
21. Kreuzer, Die chirurgische Behandlung des runden Magengeschwürs. Beiträge zur klin. Chir. 1906. Bd. 49.
22. Schulz, Zur Statistik der Gastroenterostomie bei benignen Magenerkrankungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907. Bd. 88.
23. Kramer, Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Pylorusstenosen. Beiträge zur klin. Chir. 1909. Bd. 51.

Lebenslauf.

Geboren zu Schleiden i. d. Eifel am 27. Mai 1887, besuchte ich von 1897—1902 die Höhere Stadtschule zu Schleiden, von 1902—1906 das Kaiser-Karls-Gymnasium zu Aachen, wo ich 1906 das Reifezeugniss erhielt. Dann studirte ich Heilkunde an den Universitäten Heidelberg (4 Semester), Jena (2 Semester), München (4 Semester). Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am Ende meines 5. Semesters in Jena, das Staatsexamen mit dem Frühjahrstermin 1911 an der Kgl. Universität in München. Nachdem beschäftigte ich mich als Medicinalpracticant am Krankenhause Forst bei Aachen, wo ich auch seit Juli d. J. als Assistenzarzt thätig bin.